FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1966

684

T H E S E

pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

Diplôme d'Etat

PAR

Robert HOCHMAN

né le 27 mai 1935 à Paris

Externe des Hôpitaux de Paris.

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU CANCER DE LA PARTIE MOBILE DE LA LANGUE

INDICATIONS ET TRAITEMENT A LA FONDATION CURIE (PARIS) INTERPRETATION DES RESULTATS A CINQ ANS EN FONCTION DE LA CLASSIFICATION T.N.M. de l'U.I.C.C.

Etude portant sur 175 cas traités entre 1956 et 1960

Président : M. M. AUBRY

Professeur.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1966 N°

T H E S E

pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

Diplôme d'Etat

PAR

Robert HOCHMAN

né le 27 mai 1935 à Paris

Externe des Hôpitaux de Paris.

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU CANCER DE LA PARTIE MOBILE DE LA LANGUE

INDICATIONS ET TRAITEMENT A LA FONDATION CURIE (PARIS) INTERPRETATION DES RESULTATS A CINQ ANS EN FONCTION DE LA CLASSIFICATION T.N.M. de l'U.I.C.C.

Etude portant sur 175 cas traités entre 1956 et 1960

Président : M. M. AUBRY

Professeur.

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN -

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (A.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudard d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur-Valéry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Richet (C.), Senèque (J.) Strohl (A.), Tanon (L.), Vernes (J.).

DOYEN ..... Georges Brouet

1° ASSESSEUR .. Daniel Bargeton
2° ASSESSEUR .. Jean Gosset

I. - PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires : MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie et cytologie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie Médicale	JAYLE (M-F.)
--	POLONOVSKI (J.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports	MALMEJAC (J.)
Biologie Médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
--	DOGNON (A.)
--	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	DENOIX (P.)
Chimie pathologique	SHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..	COURY (Ch.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et Médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie) ..	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L-C.)
Pathologie Chirurgicale	LAURENCE (G.)
--	KUSS (R.)
--	VERNES (J-M.)
Pathologie Exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P.)
Pathologie Médicale	LAROCHE (Cl.)
--	BRICAIRE (H.)
--	PEQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générale	N...

	MM.
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
--	LEVY (Melle J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
--	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / DREYFUS (J-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Histologie	COUJARD (R.)
Parasitologie	LARIVIERE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.) / RICHER (G.)
Physiologie	DEJOURS (P.) / ROUCAYROL (J-Cl.) / SCHERRER (J.)
Physique Médicale	KELLERSHOHN (L.) / GOUGEROT (L.) / TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIE (P.)
- - (Boucicaut)	LENEGRE (J.)
Cliniques chirurgicales (Beaujon	LORTAT-JACOB (J-L.)
(-	N...
(Cochin	LEGER (L.)
(Hôtel Dieu	PATEL (J.)
(St. Antoine	GOSSET (J.)
(Salpétrière	SICARD (A.)
(Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin	MERLE D'AUBIGNE (R.)
(Foch	PADOVANI (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (CH.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (St. Louis)	DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544322_0035

Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)		HUGIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St. Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)		TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste.-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpétrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	(Bicêtre	DEPARIS (M.)
	(Broussais	MILLIEZ (P.)
	(Cochin	BROUET (G.)
	(Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
	(Lariboisière	SEZE (S. de)
	(Pitié	DREYFUS (G.)
	(St. Antoine	KOURILSKY (R.)
	(St. Antoine	BOUDIN (G.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)		DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)		MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)		JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)		DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)		DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpétrière)		GARCIN (R.)
Clinique obstétricales	(Baudelocque	LACOMME (M.)
	(St. Antoine	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)		VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)		OFFRET (G.)
- -	(Cochin	BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)		AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie		MOZZICONACCI (P.)
Clinique de Pédiatrie et de puériculture (St. Vincent de Paul)		THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)		BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpétrière)		MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)		COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpétrière)		DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)		ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (St. Antoine)		LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique		GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R. Poincaré)		JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)		ABOULKER (P.)
- - (Necker)		COUVELAIRE (R.)

	MM.
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
Sémiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
- - (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
- - (Pitié)	RAMBERT (P.)
- - (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Sémiologie et clinique chirurgicale (Broussais)	POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	(ANDRE (R.)
	(BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GILBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine	(AZERAD (E.)
	(BOUR (H.)
	(CABROL (Ch.)
	(GROSSIORD (A.)
	(LAMBLING (A.)
	(LAUNAY (Cl.)
	(PAYET (M.)
	(PERRAULT (M.)
	(SIGUIER (F.)
	(WORMS (R.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-rhino-laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	(POLONOVSKI (Cl.)
	(ROYER (P.)
Pneumo-phtisiologie	KREIS (P.)
- -	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. - PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.
Anatomie pathologique	GOUYGOU (CH.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	(CARTIER (P.)
	(GONNARD (P.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Physique médicale	COURSAJET (J.)
- -	GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme. A.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)

III. - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie ..... Haudurcy (P.) Pr.s.ch.
Pathologie chirurgicale ..... RUDLER (J.) Pr.s.ch.

IV. - PROFESSEURS ASSOCIES

Statistique médicale et épidémiologique .. SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté ..... M. LENA (J.)
Conseillers administratifs ..... Melle. CHAINTREUIL (G.)
- - ..... M. FAYE (R.)
Conservateur en chef de la bibliothèque (
Conservateur du musée d'histoire de la (M. le Docteur HAHN (A.)
Médecine .....(
(Melles DUMAITRE, LAURENT
Conservateurs .....(LE NOIR (G.)
(Mmes. CONTET, FORGET
Bibliothécaires .....(Melles. DURUZOY, ROBERGE
(Dr. SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propre à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

A MES PARENTS

C'est grâce à eux que nous sommes aujourd'hui médecin.

A MON FRERE

En nous ouvrant la voie, il fut le grand inspirateur de notre vocation.

Avec toute notre gratitude
et notre plus grande affection.

A Monsieur le Professeur M. AUBRY

Professeur de Clinique Oto-rhino-laryngologique
à la Faculté de Médecine de Paris,

Oto-Rhino-Laryngologiste de l'hôpital
Lariboisière.

Qui nous a fait le très grand
honneur d'accepter la présidence
de cette thèse

En témoignage de notre profonde
gratitude.

A Monsieur le Docteur J. COURTIAL

Directeur de la Fondation Curie

Qui nous a acueilli à la Fondation Curie.
Qui nous a permis d'en utiliser les dossiers.
En hommage respectueux.

A Monsieur le Docteur G. L. DULAC

Chef de Service à la Fondation Curie
Chef de Laboratoire à la Chaire O.R.L. de la
Faculté de Médecine de Paris

Qui nous a inspiré ce travail, et guidé dans sa réalisation.

Avec toute notre reconnaissance pour l'enseignement qu'il nous a donné.

A Mademoiselle le Docteur Baud

Ancien Chef de Service à la Fondation Curie

A tous les Médecins et chirurgiens de la

Fondation Curie

Ils contribuent à rendre
cette Maison si attachante

C'est grâce à leurs observations
médicales que ce travail a vu le
jour.

En témoignage de notre reconnais-
sance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MES MAITRES A LA FACULTE

INTRODUCTION

De janvier 1956 à décembre 1960, 175 malades présentant un épithélioma de la partie mobile de la langue, furent traités à la Fondation Curie (Paris).

Le diagnostic fut dans tous les cas histologiquement confirmé. Ainsi, le cas d'un malade traité pour un sarcome mésenchymateux de la langue en 1960, et toujours en vie actuellement, n'a pas été retenu pour cette étude.

Les dernières observations datant du mois de décembre 1960, la période minimale de surveillance est de cinq années.

Nous avons voulu classer ces malades en fonction du système T.N.M. recommandé par l'Union Internationale Contre le Cancer, d'après les descriptions cliniques précises et complètes des lésions qu'ils présentaient lors de leur première consultation

Nous nous proposons donc d'essayer d'interpréter ces résultats à cinq ans afin de permettre déjà une première comparaison avec d'autres résultats obtenus en employant des systèmes de classification différents.

Nous commencerons par un bref rappel anatomo-clinique, ainsi que des indications et des moyens thérapeutiques à la Fondation Curie (Paris).

LIMITES DE LA PORTION MOBILE DE LA LANGUE :

Les limites de la portion mobile de la langue sont constituées par :

.en arrière : un plan frontal passant par les extrémités antérieures du V lingual;

.latéralement : la ligne de jonction de la muqueuse de revêtement du plancher avec le bord de la langue en arrière, et sa face ventrale en avant (cette limite s'apprécie, la langue étant relevée, au niveau où la muqueuse du plancher vient rejoindre le muscle lingual);

.en bas : la partie antérieure est libre, la partie postérieure est limitée par la sangle des muscles mylo-hyoidiens.

I BREF RAPPEL ANATOMIQUE :

La partie libre de la langue présente deux faces, deux bords et un sommet :

.Une face supérieure ou dos

.une face inférieure

.Deux bords latéraux

.Un sommet ou pointe

La langue est constituée par une charpente squelettique ostéo-fibreuse, des muscles et une muqueuse dans le détail desquels nous n'entrerons pas. Notons simplement qu'elle est partagée en deux dans le plan saggital médian, par une lame fibreuse : le septum lingual ou septum médian, sauf à la partie toute antérieure où le septum se termine par une extrémité effilée entre les faisceaux musculaires de la pointe de la langue.

II LYMPHATIQUES :

A l'exception des lymphatiques de la pointe qui vont aux ganglions sous-mentaux, tous ceux des autres parties de la langue se rendent aux ganglions sous-maxillaires, aux ganglions jugulaires internes, et surtout aux ganglions antérieurs de la chaîne jugulaire interne, principalement à un gros élément ganglionnaire, le ganglion principal ou ganglion sous-digastrique de Küttner. Il est à noter que certains vaisseaux lymphatiques du dos de la langue peuvent aller aux ganglions sous-maxillaires et jugulaires internes, de l'un ou de l'autre coté.

FREQUENCE ET CAUSES FAVORISANTES :

En France le cancer de la langue n'est pas fréquent. Il ne constitue que 1% de toutes les tumeurs malignes. Dans d'autres régions, par contre, il est beaucoup plus fréquent, aux Indes en particulier.

Si l'on se réfère à ce propos aux études de Khanolkar et Shanta, les cancers de la cavité buccale, de la langue en particulier, constituent le type de cancer le plus fréquent dans certains centres hindoux : 48% de toutes les tumeurs de l'Institut du Cancer de Madras, 45% de toutes celles du Tata Mémorial Hospital de Bombay sont des tumeurs de l'oro-pharynx; et à Bombay en particulier, 52% des tumeurs de la bouche sont localisées au niveau de la langue.

Khanolkar attribue ce pourcentage élevé à l'habitude de fumer des cigarettes et de chiquer conjointement du tabac, et au fait de fumer des cigares avec le bout allumé à l'intérieur de la bouche. Il existe d'autres facteurs, sans doûte plus généraux (avitaminoses, carences...) et particuliers aux Indes, pouvant peut-être répondre de pourcentages aussi élevés.

Dans nos régions, si certains auteurs ont signalé que la syphilis prédisposait au cancer de la langue, il semble que

ce soit surtout l'alcool (et essentiellement le vin rouge) qui soit une des principales causes favorisantes : si 44 parmi nos 175 malades ont avoué leur intempérance, on sait combien il faut toujours sous-estimer les renseignements concernant ce problème.

On retrouve également le tabac : 41 malades ont déclaré fumer au moins l'équivalent d'un paquet de cigarettes par jour, malheureusement la distinction entre les fumeurs de pipe et de cigarettes n'a pu être nettement établie.

D'autre part, la leucoplasie est souvent amenée à dégénérer : lors de la première consultation, 37 de nos malades présentaient de la leucoplasie au niveau de la cavité buccale. Parmi eux, dix ont présenté un second cancer des voies aéro-digestives.

Il faut enfin signaler le rôle des traumatismes, traumatismes chimiques et microtraumatismes d'origine dentaire : 17 cas présentaient une dent ou une prothèse offensante évidente lors du premier examen.

AGE ET SEXE :

L'age des malades se situe entre 45 et 75 ans. L'age moyen de nos 175 cas est de 60,7 ans mais il n'est pas ex-

ceptionnel de rencontrer des malades plus jeunes. Le plus jeune de notre série a 30 ans, le plus vieux 90 ans.

Le sexe masculin est nettement plus atteint que le sexe féminin. Nous avons 142 hommes pour 33 femmes, ce qui fait environ 23 femmes pour cent hommes. Les chiffres cités par d' autres auteurs sont généralement plus faibles; peut être faut il interpréter cette différence comme reflétant les effets de nouvelles habitudes des femmes, dans l'usage du tabac et de l'alcool.

VI ANATOMIE MACROSCOPIQUE :

Nous avons arbitrairement partagé la partie mobile de la langue en 3 tiers

.antérieur

.postérieur

.moyen

afin de mieux préciser les différents points de départ possibles des lésions cancéreuses. Nous avons préféré cette manière de faire à celle qui consiste à partager la langue totale en 3 tiers, les deux antérieurs représentant la portion mobile, et le troisième la base, ceci afin d'éviter toute confusion avec le cancer de la base de la langue qui est une entité bien différente, tant sur le plan évolutif que sur

le plan thérapeutique.

Les différents points de départ possibles sont le reflèt de l'anatomie, à savoir :

.les bords

.le dos

.la face inférieure

.la pointe

Nous avons la répartition suivante :

Point de départ	Nb total	%
Marginaux	143	81,7
Dos	13	7,4
Face inférieure	15	8,5
Pointe	4	2,4
	175	100

Selon la localisation, nous avons la répartition suivante :

1/3 antérieur	20	11,4%
1/3 moyen	64	36,5%
1/3 postérieur	68	38,8%
Langue totale	23	13,3%
	175	100

Les langues totales correspondent à des lésions vues a un stade d'évolution avancé et pour lesquelles il n'était pas possible de retrouver la localisation de la lésion primitive.

Selon la forme macroscopique, nous avons la répartition suivante :

.forme ulcéro végétante plus ou moins infiltrée	115	65,8%
.forme végétante pure	22	12,5%
.forme à type de leucoplasie dégénérée	25	14,2%
.forme infiltrante	13	7,5%
	175	100

I EXTENSIONS LOCALES :

Les extensions peuvent se faire :

.en arrière vers la base de la langue

.latéralement et en avant vers le plancher et au dela vers les gencives et le maxillaire inférieur

.latéralement et en arrière vers le pilier antérieur,

le sillon glosso-amygdalien et la loge amygdalienne

.en bas au delà des muscles mylo-hyoidiens, vers les plans sous-cutanés et cutanés sous mentonniers.

Selon les extensions locales, nous avons la répartition suivante :

.Lésion limitée à la langue	101	57,7%
.Lésion présentant une extension	43	24,6%
.Lésion présentant plus d'une extension	31	17,7%
	175	100

D'autre part, en fonction de chaque région anatomique, nous avons la répartition suivante :

.Envahissement du plancher ...	58	- Isolément ...	24
.Envahissement de la base	33	- Isolément ...	11
.Envahissement d'un pilier ...	25	- Isolément ...	8

III CLASSIFICATION CLINIQUE DES CANCERS DE LA LANGUE MOBILE

Nous avons adopté celle établie selon les règles édictées par l'U.I.C.C. et publiée et diffusée par ses soins.

Cette classification concerne uniquement les carcinomes.

T. Tumeur primitive

T1. Tumeur mesurant 2 cm ou moins dans sa plus grande dimension et strictement superficielle ou exophytique.

T2. Tumeur mesurant 2 cm ou moins dans sa plus grande dimension, avec une infiltration minime en profondeur.

T3. Tumeur mesurant plus de 2 cm dans sa plus grande dimension, OU tumeur avec une infiltration profonde, quelle que soit sa dimension.

T4. Tumeur entrainant une fixation complète de la langue ou s'étendant à plus d'une région voisine.

N. Adénopathies régionales

N0. Pas d'adénopathies perceptibles

N1. Adénopathie homolatérale mobile

N2. Adénopathie bilatérale ou controlatérale mobile

N3. Adénopathie fixée, qu'elle soit homolatérale ou bilatérale

M. Métastases à distance

MO. Pas de signe clinique de métastase à distance

M. Métastase à distance

En ce qui concerne les renseignements anatomo-pathologiques, il faut noter les points suivants :

a) Les résultats de l'examen anatomo-pathologique ne modifient pas la classification par stades cliniques indiquée ci-dessus.

b) Les résultats de l'examen anatomo-pathologique de l'adénopathie peuvent être indiqués en ajoutant les symboles + (examen histologique positif) ou - (examen histologique négatif) aux diverses catégories de N, par exemple NO+, N1-, etc.

Par ailleurs l'U.I.C.C. a tenu a réaffirmer que les

EPARTITION EN FONCTION DU STADE

	NO	N1	N2	N3	Total
T1	8	1			9
T2	18	9		2	29
T3	52	32	8	14	106
T4	4	10	6	11	31
Total	82	52	14	27	175

	NO	N1	N2	N3	
T1	4,6%	0,6%			5,2%
T2	10,3%	5,1%		1,1%	16,5%
T3	29,7%	18,3%	4,6%	8 %	60,6%
T4	2,3%	5,7%	3,4%	6,3%	17,7%
Total	46,9%	29,7%	8 %	15,4%	100 %

diverses catégories de T.N.M. décidées cliniquement ne devaient pas être modifiées lorsque les résultats de l'examen histologique de la pièce opératoire en particulier ou des ganglions devenaient disponibles, mais que de telles information doivent être utilisées dans une classification SUPPLEMENTAIRE.

X ANATOMOPATHOLOGIE :

Pratiquement, tous nos cas sont des épithéliomas épidermoïdes plus ou moins différenciés. La vaste majorité de ces tumeurs infiltraient le muscle en profondeur.

EVOLUTION CLINIQUE :

La plupart de nos malades ont consulté un mois à un an après avoir observé le premier symptome de leur affection. La symptomatologie subjective est assez polymorphe :

Le plus souvent

.sensation de corps étranger

Moins souvent

.gène à la mastication

.picotement

.brûlures

.morsures répétes anormales

Parfois

.consultation fortuite (dentiste souvent)

Enfin plus rarement

.hémorragie

.adénopathie apparemment primitive du cou.

Le signe objectif de malignité le plus précoce est sans aucun doûte l'induration. La surveillance minutieuse des leucoplasies doit être la règle, et toute lésion suspecte persistant plus de deux semaines au niveau de la langue devrait être biopsiée.

Par la suite, l'évolution est surtout loco-régionale :

.l'infiltration progresse

.la lésion dépasse la ligne médiane

.elle se fixe

- gène à la protraction

-déviation de la langue

.l'estension atteint les organes voisins

.les ganglions sont atteints

Notons que les métastases à distance, sans être exceptionnelles, sont rares et atteignent le plus souvent le

poumons. Encore à ce sujet faut il faire certaines réserves; si dans certains cas l'on peut affirmer à coup sûr la métastase

.image radiologique de "lacher de ballons"
.forme histologique azzez particulière pour être reconnue

dans d'autres cas il peut très bien s'agir de néoplasme bronchique primitif qui n'est pas rare à cet âge.

Dans notre série nous avons noté :

.un cas de métastase cutanée
.2 cas de métastases généralisées

par ailleurs

.10 cas de cancer pulmonaire parmi lesquels la métastase n'a pu être affirmée que 4 fois
- une fois histologiquement
- trois fois radiologiquement

TRAITEMENT :

Les moyens thérapeutiques utilisés furent les suivants :

1) Le radium

.aiguilles de 35 mm, longueur active 24 mm, charge 1,33 mg de radium-élément filtré par 0,5 mm de platine.

.aiguilles de 40 mm, longueur active 30 mm, charge 1,60 mg de radium-élément filtré par 0,5 mm de platine

.aiguilles de 25 mm, longueur active 15 mm, charge 0,72 ou 1 mg de radium-élément, filtré par 0,5 mm de platine.

2) La radiothérapie conventionnelle à 200 KV.

3) Le Cobalt 60 (à partir de 1959)

4) La chirurgie et l'électrochirurgie

Nous ne reviendrons pas sur les différentes techniques de traitement employées à la Fondation Curie, car nous pensons qu'elle sont maintenant classiques et bien connues.

II INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

A) Lésion primaire :

T1 & T2 : radiumpuncture sauf s'il s'agit d'une très petite lésion auquel cas on peut pratiquer une exérèse-biopsie suivie néanmoins d'une radiumpuncture de sécurité. D'autre part, si la lésion est localisée à la pointe, on pratiquera une puncture de barrage postérieure suivie d'une glossectomie partielle.

T3 : dans ce cas qui englobe la majorité des tumeurs de la langue, il y a lieu de distinguer les tumeurs inférieuresà 4 cm de celles supérieures à 4 cm. Dans le prémier cas on traite comme T1 ou T2 c'est à dire par radiumpuncture, dans le second cas, on commence par une télécobalthérapie transcutanée à ½ dose (auparavant radiothérapie à 200 KV) et l'on complète par une radiumpuncture si les dimensions de la lésion le permettent, sinon on termine le traitement par cobalt.

Enfin, s'il s'agit d'une lésion bien antériorisée, on peut pratiquer une radiumpuncture de barrage suivie d'une glossectomie subtotale.

24.) Dans ce cas, traitement bien souvent palliatif, on procède à peu près comme pour les T3 forts, à savoir on commence par une télécobalthérapie pas trop poussée, si la tumeur se révèle radiosensible on pratique une radiumpuncture sur le reliquat tumoral, sinon on délivre la dose maximale par cobalt.

.Les lésions traitées où il reste une zône suspecte sont justiciables d'une électrochirurgie limitée pratiquée en même temps que l'évidement ganglionnaire.

.Les récidives postcuriethérapiques peuvent être traitées avec succès par l'électrochirurgie. Les récidives post-chirurgicales peuvent l'être par radiumpuncture, mais plus difficilement, les tissus cicatriciels étant habituellement plus radiorésistants et exposés aux radionécroses. Enfin il ne faut pas négliger la possibilité de radiumpuncture itérative des récidives locales ou juxta-lésionnelles.

B) Les adénopathies :

N0 à N1 : Evidement sous-mental, sous maxillaire et carotidien homolatéral 6 semaines après la fin du traitement de la lésion primaire. En cas de lésion importante de la face dorsale, de la pointe ou ayant dépassé la ligne médiane: évidement sous maxillaire et carotidien (et sous mental) bilatéral en 2 temps séparés par un minimum de 7 jours. Remarquons que dans le cas d'une lésion banale marginale, la tendance actuelle serait de compléter l'évidement de l'autre côté si l'examen histologique a montré un envahissement carotidien important et s'il s'agit d'un malade jeune.

Signalons que le délai de 6 semaines entre la fin du traitement de la lésion primaire et l'évidement a pour but de pouvoir juger de la stérilisation ou non de cette dernière; dans ce dernier cas il est alors très aisé de pratiquer une ligature de la carotide externe et une électro-coagulation ou une exérèse du reliquat tumoral.

N2 : Evidement sous-mental, sous maxillaire et carotidien bilatéral en 2 temps.

N3 : Radiothérapie ou télécobaltothérapie à assez forte dose, puis chirurgie si les ganglions se sont mobilisés ou complément par radiations. Intérêt dans ce cas de l'électronthérapie.

Par ailleurs, une fois connu le s résultats de l' examen histologique :

N - : Abstention

N + : Irradiation post-opératoire.

Les récidives ganglionnaires sont justiciables, quand cela est possible, soit de la chirurgie, soit des radiations, mais elles ne peuvent être opérées que si elles sont très localisées.

III LES COMPLICATIONS :

La radioépithélite survient vers le 10ème jour et dure environ un mois. Parfois douloureuse si elle se surinfecte, elle est en général bien supportée par les malades.

Certains auteurs ont signalé les pneumonies et bronchopneumonies pouvant survenir après fausses déglutitions

et semblaient les redouter particulièrement? Sans doûte notre série a-t-elle été particulièrement heureuse à cet égard car aucun de nos malades n'a présenté une telle complication.

Par contre l'ostéo-radio-nécrose tardive du maxillaire inférieur survient quelquefois. Cette nécrose survient tardivement (1 à 5 ans après le traitement), est ressentie douloureusement par le malade, mais cède généralement en 12 à 18 mois, surtout après élimination chirurgicale des tissus nécrosés. Les traitements itératifs, contrairement à ce qu'on pourrait penser, ne semblent pas particulièrement favoriser son apparition, étant bien entendu que dans ces cas là, le choix entre radiumpuncture et chirurgie dépend essentiellement des conditions topographiques, des facilités d'accès et aussi et surtout de la dose donnée lors du ou des traitements précédents.

Dans notre série, nous avons noté 20 ostéo-radio-nécroses du maxillaire inférieur, toutes survenues après un seul traitement :

.13 cas après radiumpuncture seule

.4 cas après association radium et irradiation transcutanée,

. 1 cas après association radium et electrochirurgie.

Deux fois la nécrose a évolué vers la mort, une fois au bout de 5 ans et 4 mois, l'autre au bout de 8 ans et 4 mois.

V EVOLUTION APRES TRAITEMENT :

Nous distinguerons essentiellement 3 possibilités :

1) Guérison à 5 ans, c'est à dire guérison ayant duré au moins 5 années après le dernier traitement, sans aucune récidive pendant cette période.

2) Non stérilisation.

3) Récidive.

Nous distinguons les récidives proprement dites, apparaissant après une période de guérison apparente, et les non stérilisations qui apparaissent au cours des suites immédiates du premier trairement, sans intervalle de guérison apparente. Cette distinction est évidemment arbitraire et manque de précision, mais elle est justifiée au point de vue clinique car les questions thérapeutiques se posent différemment. Mais il est certain que beaucoup de récidives apparaissant après une période de guérison apparente sont en réalité des non stérilisations.

RESULTATS : (tableaux résumés page 40)

T1NO : 8 malades traités

6 guérisons à 5 ans

Causes d'échecs :

.1 malade agé de 90 ans, décédé de maladie intercurrente. Guérison apparente de 18 mois.

.1 malade traité par radiumpuncture et évidemment ganglionnaire, ganglions histologiquement indemnes, fait une métastase ganglionnaire 8 mois plus tard; exérèse et radiothérapie, décès par évolution dans la 2ème année.

Signalons qu'un des malades guéris à 5 ans est décédé l'année suivante, après avoir successivement présenté une tumeur de l'oesophage et une autre de l'amygdale.

T1N1 : 1 seul malade traité.

Petite lésion superficielle du bord gauche avec un ganglion carotidien moyen mobile de 20 mm de diamètre. Traité par radiumpuncture et évidement ganglionnaire, ganglions histologiquement indemnes. Présente une récidive locale 2ans et 3 mois plus tard. Reprise chirurgicale. Nouvelle récidive juxta-lésionnelle. Décès par évolution, survie 4 ans.

T2N0 : 18 malades traités

6 guérisons à 5 ans.

Causes d'échecs :

.4 malades ont présenté un second cancer

.sinus piriforme

.face muqueuse de la joue

.oesophage

.voile membraneux puis oesophage

.1 malade perdu de vue

.1 non stérilisation

.5 récidives

.1 métastase ganglionnaire.

T2N1 : 9 malades traités

4 guérisons à 5 ans

Causes d'échecs :

.1 décès post-opératoire (délirium)

.1 non stérilisation

.2 récidives

.1 métastase ganglionnaire

T2N3 : 2 malades traités

1 guérison à 5 ans, qui a présenté une métastase ganglionnaire 6 mois plus tard. Décès dans l'année.

T3NO : 52 malades traités

18 guérisons à 5 ans

Causes d'échecs :

.3 malades perdus de vue.

.1 décès par maladie intercurrente

.1 second cancer (oesophage)

.Les autres échecs sont dus à l'évolution de la maladie :

.8 non stérilisations

.2 métastases pulmonaires

.1 cas de métastases généralisées

.9 métastases ganglionnaires

.8 récidives.

Signalons deux cas de non stérilisation repris localement avec succès, et qui ont présenté par la suite des métastases ganglionnaires.

Par ailleurs, parmi les malades guéris deux sont décédés d'un second cancer, survies respectives 6 et 7 ans.

T3N1 : 32 malades traités

14 malades guéris

Causes d'échecs :

.1 malade perdu de vue

.2 décès de cause inconnue

.1 décès par maladie intercurrente

.2 décès par second cancer

.oesophage

.amygdale

.1 embolie post-opératoire

.Les autres sont dus à l'évolution de la maladie :

.1 métastase pulmonaire

.6 non stérilisations

.2 récidives locales

.2 métastases ganglionnaires

T3N2 : 8 malades traités

3 guérisons à 5 ans

Causes d'échecs :

.1 décès de maladie intercurrente

.1 non stérilisation

.2 récidives locales

.1 métastase ganglionnaire

T3N3 : 14 malades traités

1 guérison à 5 ans

Causes d'échecs :

.1 métastase pulmonaire

.11 non stérilisations

.1 récidive locale

T4NO : 4 malades traités

1 guérison à 5 ans

Causes d'échecs :

.1 cancer bronchique

.1 malade perdu de vue

1 non stérilisation

T4N1 : 10 malades traités

Aucune guérison à 5 ans

Causes d'échecs :

.1 malade perdu de vue

.1 décès de maladie intercurrente

.1 cancer bronchique

.1 décès post-opératoire

.Les autres sont dus à l'évolution de la maladie

.2 non stérilisations

.1 récidive locale

.2 récidives locales et ganglionnaires

.1 métastase ganglionnaire

T4N2 : 6 malades traités

1 guérison à 5 ans

Causes d'échecs :

.1 cancer bronchique

.1 métastase ganglionnaire rapidement généralisée

.3 non stérilisations

T4N3 : 11 malades traités

11 échecs

Les résultats précédents peuvent se résumer de la façon suivante :

T	Nb total	Guéris à 5 ans	%
T1	9	6	66,6%
T2	29	11	37,9%
T3	106	36	33,9%
T4	31	2	6,4%
Total	175	55	31,4%

N	Nb total	Guéris à 5 ans	%
N0	82	31	37,8%
N1	52	18	34,6%
N2	14	4	28,5%
N3	27	2	7,4%
Total	175	55	31,4%

L'importance de l'envahissement ganglionnaire dans l'évolution est trop connue pour que nous nous y attardions.

Notons simplement que notre série comporte 100 cas d'échecs dus à l'évolution de la maladie, que ce soit par non stérilisation, récidive locale ou métastase ganglionnaire. Dans 56% des cas, l'étude histlogique a montré un envahissement ganglionnaire; dans 12% seulement l'étude histologique des ganglions s'est révélée négative; enfin dans 26% il n'y a pas eu d'examen histologique des ganglions.

Par ailleurs, il est intéressant de remarquer que pour l'ensemble des examens histopathologiques pratiqués sur les ganglions, dans 39% des cas il s'agissait de N0, et dans 29% des cas, il s'agissait de N1.

Enfin, les résultats actuellement obtenus doivent attirer l'attention sur la nécéssité du dépistage précoce et du traitement rapide de cette variété de cancer.

VI CONCLUSIONS :

La définition du stade T telle qu'elle est établie par cette classification de l'U.I.C.C. pour la langue fait apparaître que la grande majorité des malades sont porteurs de lésions classées T3 (106/175 soit près de 61 %). Ces lésions peuvent aller depuis la petite ulcération de caractère végétant mesurant à peine plus de 2 cm jusqu'à la grosse lésion ulcéro-infiltrante de 5 cm ou plus, dans la mesure où la langue n'est pas complètement fixée et où l'extension ne se fait pas à plus d'une région voisine. Ainsi, alors que pour d'autres cancers, le sein en particulier, le stade T3 implique un caractère assez péjoratif, dans le cas de la langue, il est difficile de préjuger d'un pronostic, car ainsi que nous l'avons vu, près de 34 % de ces malades sont guéris à 5 ans, alors que le pourcentage global de guérison, pour tous les stades, n'est que de 31 %.

La définition du stade N également n'a que peu de valeur pronostique, en dehors du cas N3. Les pourcentages de guérison des séries N0, N1, N2 sont en effet assez voisins et cela se conçoit car il est fréquent de rencontrer dans cette région des ganglions banaux, souvent bilatéraux, sans aucun rapport avec l'évolution cancéreuse.

Notre étude a montré une fois de plus combien l'attitude en faveur du curage ganglionnaire dit prophylactique ou de principe est justifiée. En effet l'atteinte du ganglion est souvent latente et les opérations d'évidement ont montré que dans 39 % des cas d'envahissement histologiquement confirmé, il s'agissait de stade NO.

Par ailleurs, nous avons vu que l'association radium-chirurgie est devenue la règle, mêmes pour de toutes petites lésions qui dans le passé n'auraient été justiciables que d'une simple exérèse. Signalons la tendance actuelle, pour des lésions antérieures assez importantes, à pratiquer une radiumpuncture de barrage postérieure suivie immédiatement d'une glossectomie sub-totale, les avantages de cette attitude étant de pratiquer une implantation de radium à moindre dose et loin du maxillaire inférieur, et d'autre part, nous avons été surpris à longue échéance, de constater les bons résultats fonctionnels de la glossectomie sub-totale.

Enfin nous ne saurions trop insister sur la nécéssité de revoir les malades très fréquemment dans les mois suivant le premier traitement car nous sommes toujours surpris de la rapidité et de la brutalité d'apparition des signes de récidives.

II BIBLIOGRAPHIE :

ACKERMAN, DEL REGATO, Cancer, Diagnosis, Treatment & Prognosis. St Louis, C.V. Mosby & Co. 2 ed. 1954
ALOMAR FABREGAS A. Cancer de la langue, Rev. españ. estomat 7-8/1965,13, n° 4, 321-324.
ALRICH, BROWN, Cancer of the tongue, Ann. Surg. 149, 898-902, 1959
ARTIEDA M.A.A. & ALDAMIZ H.O. Epith. spino-cell. de la langue, Rev.clin.Españ. 6/1960, 77, n°6, 404-411.
AUCHE J. Result. trait. cancer de la langue, J.Med.Bordeaux 1/1959, n° 1, 142-146.
BAUD J. Ends Résults of Radiotherapy of cancer of the tongue Amer. J. Roentgenol, 63, 701-711, 1950.
BAUD J. La curiethérapie interstitielle dans le traitement des cancers de la bouche, Rev.Odont. 5/1953 n° 5.
BEARS, DEVIDE, HENSON. Treatment of carcinoma of the tongue, end results of 168 cases. Arch.Surg. 79, 399-403, 1959 II.
BERARD, DARGENT. La ligature des carotides dans le curage cervical pour le cancer, J.Chir. 54, 197-210, 1939.
BERVEN. End results of treatment of cancer of the tongue, Amer. J. Roentgenol. 63, 712-715, 1950
BREED. Radium treatment of cancer of the tongue, Radiology, 69, 214-222, 1957.
BROWN C.B. Un cas de cylindrome de la langue. Oral Surg. 4/1962, 15, n° 4, 398-403.
BRU A. COMBES P.F. BAIXAS J. Résultats du traitement des cancers de la langue. (A propos de 150 cas traités au C.A.C. de Tou-Touse depuis 1955) J.Radio.Electrol. 11/1962, 43, n°11, 778.
CADE. Discussion on the treatment of cancer of the tongue. Proc. Roy.Soc.Med., London, 40, 409-412, 1946-1947.
CADE. Malignant Decease and Its Treatment by Radium. J. Wright & Sons, Bristol, 2nd. ed. 1949, vol II, 30-99.
CADE. Treatment of cancer of the tongue, Amer.J.Roentgenol., 63, 716-718, 1950.
CADE & LEE. Cancer of the tongue, a study based on 653 patients, Brit.J.Surg. 44, 433-446, 1957.
CATLIN D. Cancer of the tongue, New York State Med.J. 58 n° 16, 2703-2705.
CHIN-HSIEN-CHAI, LI-SHU-LING & LI-CHEN-CHUAN. Intervention radicale combinée pour cancer de la langue. Chin.Med.J. 82 n° 10.
CHEVTCHENKO I.T. Le cancer de la langue et les affections qui l'ont précédé, Khirourguiia (Mouscou) 11, 86-93, 1959.
COPELAND. Evaluation of neck dissection associated with others radical procedures for the treatment of cancer in the head and neck, Ann.Surg. 141, 910-939, 1955.
COVINGTON & BULL. Cancer de la langue chez deux jumeaux vrais, Am. J. Roentgenol. 92, 213-214, 1964
CREYSSEL, SAUTOT? GAILLARD. Sur un point de technique dans l'évidement ganglionnaire du cou pour cancer, Lyon Chir. 41,1946.
CRILE. Excision of cancer of the head and neck. J.A.M.A. 147, 1780-1785, 1906.
DARGENT. Que vaut l'évidement dit "prophylactique" du cou dans le traitement des cancers de la cavité buccale? Pres.Med. 61, 165-168, 1953.

DARGENT. Le cancer de la langue, Bull.Soc.Internat.Chir. 16, 523-536, 1957.
DARGENT. Le cancer de la langue, Données étiologiques, anatomo-cliniques et étiologiques, Maroc Med. 409, 805-833, 1959.
DARGENT. Traitement de cancer de la langue avancé par glossectomie suprahyoïdienne totale et excision du plancher de la bouche. Am.J.Surg. 103, 792-797, 1961.
DARGENT & CAJGFINGER. Eviscération pelvi-buccale totale pour néoplasme de la langue en phase avancée, Lyon Chir. 55, 95-98, 1959
DARGENT, LUONG TAN TRUONG. Le traitement du cancer de la partie mobile de la langue. Valeur des différents procédés, valeur du curage ganglionnaire dit "prophylactique", Bull.cancer, 39, 397-423, 1952.
DARGENT, MAYER, BERTHOIN. Le cancer de la langue, Etude d'ensemble, principes thérapeutiques, Ann.chir. 13, n° 3-4, 1959.
DARGENT, PAPILLON. Les sequelles motrices de l'évidement ganglionnaire du cou, comment les éviter? Lyon chir. 40, 1945.
DARGENT, PAPILLON. Résultats éloigné de l'évidement ganglionnaire du cou avec conservation du filet mentonnier et du spinal, Lyon chir. 41, 715-717, 1946.
DEBAIN, SIARDET, DEMALDENT. Volumineuse papillomatose linguale dégénérée. Ann. O.R.L. 77, 740-741, 1960.
DECKERS. Le cancer de la langue. J.Belge radiol. 44, 33-49, 1961.
DECKERS. Cancer de la langue. Rev.Belge Med. 19, 69-78, 1964.
DECKERS,MAISIN. Le cancer de la langue. J.Radiol. 42, 654-662, 1961.
DENOIX. A propos de l'envahissement lymphatique dans les cancers de la langue et du sein (étude de 867 cas). Mem.Acad.Chir. 81, 250-257, 1955.
DENOIX,HAYEM. A propos de l'indication de curage cervical dans les cancers de la portion mobile de la langue sans adénopathies cliniques. Mem.Acad.Chir. 84, 592-596, 1958.
DUPERRAT,LACAISSE,GRELLET. Un cas d'épithélioma développé sur sur une langue scléro-gommeuse. Rev.Stomat. 56,736-737, 1955.
DOUGLAS. Discussion on the treatment of cancer of the tongue. Proc.Roy.Soc.Med. London, 40, 415-416, 1946-1947.
DUCUING. Le recul de la chirurgie devant les adénopathies cancéreuses du cou. Bull.Ass.Franç.Et.Cancer, 28, 967-978,1939.
DUCUING, FABRE, GOUZY. Evidement ganglionnaire du cou pour cancer. J.Chir. 45, 849-867, 1935.
DUFFY. Treatment of cervical nodes in intra-oral cancer. S.G.O. 71, 664-671, 1940.
DU VAL, HEALY. The natural history and effects of treatment of cancer of cahcer of the tongue. Cancer, 9, 842-847, 1956.
DUVAL, REDON. Un point the technique dans l'évidement cellulo-ganglionnaire du cou pour cancer de la langue. J.Chir. 45, 711-714, 1935.
ELKINS. Carcinoma of the tongue. A study of the cases treated at the University Hospital, Iowa City, between 1930 & 1944. Amer.J.Roentgenol. 68, 81-88, 1952.
ENGLERT, PASQUAL. Cancer spinocell. de la lèvre et de la langue. Oral Surg. 12, 1163-1168, 1959.
EPSTEIN. Gegenwärtige Methodik und Daueuerfolge der Behandlung des Zungencarcinoms. Arch.f.Klin.Chir. 184, 502-518, 1936.
ESTRADE. Considérations sur les indications, les sequelles et la technique de l'évidement jugulocarotidien, pour adénopathies cancéreuses du cou. Toulouse Med. 57, 33-41, 1956.

ERICH, KRAGH. Résultats du traitement du cancer à cell. Squam. de la partie ant. de la langue. Am.J.Surg. 98, 677-682, 1959.
EWING, MARTIN. Disability following "Radical Neck Dissection" Cancer, 4, 873-883, 1952.
FLAMANT, HAYEM, LAZAR, DENOIX. Cancer de la langue. Etude de 904 cas. Cancer, 17, 377-385, 1964.
FLETCHER, STAVALL. Une étude de la répartition explicite des radiations dans les implantations intersticielles. Corrélation avec les résultats cliniques obtenus dans les épithéliomas pavimenteux des 2/3 ant. de la langue. Radiology, 78, 766-782, 1962.
FORTIER. La valeur de l'évidement ganglionnaire du cou dans le traitement du cancer de la partie mobile de la langue (Etude statistique de l'I.G.R.) Thèse Paris 1955.
FRAZELL & LUCAS. Cancer le la langue. Rapport du traitement de 1554 malades. Cancer 15, 1085-1099, 1962.
FRAZER. Carcinoma of the mouth and toungue. Ann.Surg. 96, 488-514, 1932.
GIBBEL, GROSS, ARIEL. Cancer of the tongue, a review of 330 cases. Cancer, 2, 411-423, 1949.
GIGNOUX, COUDRY & GAILLARD. Cylindrome du bord de langue. J. franç.O.R.L. 4, 477-483, 1960.
HAMILTON, HALL, HABRECHT. Carcinoma of the tongue, Its behavior and management. Surgery, 48, 385-390, 1960.
HAYEM. Cancer le la langue et traitements systématiques des aires lymphatiques. Etude comparative à propos de 421 malades suivis à l'I.G.R. Thèse Paris 1957.
HAYEM, FLAMANT, SCHWARTZ & DENOIX. Evidement de principe ou abstention? A propos du traitement chirurgical des aires ganglionnaires cervicales des cancers de la portion mobile de la langue. J.Chir. 85, 1963, 189-198.
INSTITUT GUSTAVE-ROUSSY. Traité de Cancérologie. Ed. Med. Flammarion.
JACOBSSON . Carcinoma of the tongue. A clinical study of 227 cases treated at Radiumhemmet 1931-1942. Acta Radiol. suppl. 68, 1948, 1-183.
JESSE, McComb. Cancer pavimenteux de la langue, l'importance de la classification par stades. Am.J.Surg. 103, 1962, 352-357.
KHANOLKAR. Cancer research 1944, 4, 313.
KHANOLKAR. Acta U.I.C.C. 15, 1959, 67.
KINSEY, JAMES. The value of prophylactix neck dissection for cancer of tne tongue. Surgery, 51, 1962? 155-157
KINSEY, JAMES. Evaluation des echecs du traitement du cancer lingual. Arch.Surg. 84, 1962, 670-675.
KREMEN. Cancer of the tongue, a surgical technique for a combined in bloc resection of tongue, floor of mouth and cervical lymphatics. Surgery 30, 1951, 227-238.
KREMEN. Results of surgical treatment of cancer of the tongue. Surgery, 49-53, 1956.
KUHN. Indications pour la thérapeutique chirurgicale et par irradiations dans le cancer da la langue. Dent.Abst. 7,712,1952.
LAMARQUE. La röentgenthérapie et la curiepuncture dans le traitement du cancer de la langue. Montpellier Med. 41-42, 1952.

LAMY, WAYOFF, WERNER. Les métastases pulmonaires en lacher de ballons des cylindromes de la langue (A propos de 2 observations originales). J.franç.Med.Chir.thor. 1963, 17, 693-704.
LAWRENCE, MURRAY, FRIEDMAN. Le rôle des métastases aux ganglions cervicaux sur le traitement et le pronostic du cancer lingual. Am.J.Surg. 1964, 108, 461-464.
LASH, ERICH. Epithéliomas de la langue, résultats du traitement de 217 cas. Am.J.Surg. 1961, 102, 42-47.
LASH, ERICH, DOCKERTY. Etude Anatomopathologique de 217 cas d'épithélioma de la langue. Am.J.Surg. 102, 1961, 620-626.
LECLERC, ROY. La résection successive des deux jugulaires internes au cours des évidements ganglionnaires bilatéraux du cou. Pres.Med. 1932, 40, 1382-1385.
LEVY. Production expérimentale du cancer de la langue chez la souris. J.Dent.Res. 1958, 37, 950.
LYALL, CLOUTIER. Expériences with the combined opérations for cancers of the head and neck. New.Eng.J.Med. 1957, 257.
LYALL, SCHETLIN. Cancer of the tongue. Ann.Surg.1952, 135.
MACHADO. Le cancer de la langue. Rev.brasil.Cir. 1958,35,226-229.
MARCHETTA, MATTICK. Carcinoma of the tongue, treatment and results without radical surgery. Surgery. 40, 1956, 378-386.
MARTIN, HAYES. The case for prophylactic neck dissection. Cancer, 4, 1951, 92-97.
MARTIN, HAYES. L'evidement du cou. Lyon Chir. 48, 769-782, 1953.
MARTIN, HAYES, DEL VALLE, EHRLICH & CAHAN. Neck dissection. Cancer, 4, 441-499, 1951.
MARTIN, HAYES, SMUNSTER & SUGARBAKER. Cancer of the tongue. Arch.Surg. 41, 889-936, 1940.
MATSUYANA, ITO, BABA. Cancer lingual avec métastases myocardiques, Ann. of O.R.L. 1963, 72, 56-61.
MERRIFIELD, DALITSCH, STEINER. Le cancer épidermoïde de la langue et de la bouche chez le nourisson et l'enfant. Am.J.Dis. Child. 1955, 89, 281-288.
MIEHLKE. Uber den heutigen Stand der Chirurgiedes Zungenkarzinoms. Zsch.f.O.R.L. 1959, 38, 524-536.
MONACO, BUCKLEY, RAKER. Cancer de la cavité buccale. Résultats du traitement chirurgical. New England J.Med. 1962, 266.
NATHANSON, BOTTA. Cancer de la langue. J.Oral Surg. 1964, 22.
OFFER, BADDIONI. Contribution à l'étude des métastases rares des tumeurs de la langue. Rev.Stomat. 1958, 59, 589-591.
OLCHAMPSZKY. Transformation d'une glossite rhomnoïde en cancer, Khirourguiia (Mouscou) 1959, n° 11, 124-125.
OVENS. Le cancer de la langue. J.Int.Coll.Surg. 1957, 28? 7-15.
PATERSON. Discussion on the treatment of cancer of the tongue. Proc.Roy.Soc.Med. London. 1946-1947, 40, 412-414.
PATERSON. The treatment of malignant disease by radium and X-Ray. Arnold edit. London, 1949.
PEREIRA. Cancer de la langue. Rev.brasil.Circ. 1958, 6, 111-114.
PERI & PERI. Cancer de la langue mobile chez une femme, guérison depuis 10 ans. Rev.Stomat. 1964, 65, 625-626.
PERZIK, JOERGENSON, CARTER, DEBB. Ends results in carcinoma of the oral cavity. Arch.Surg. 1958, 76, 677-681.
PIERQUIN . Ann. d'O.R.L. 1958, 75, 885.

PIERQUIN. Précis de curiethérapie. Masson édit. 1964.
POLLACK. The combined opération for head and neck cancer. Ann. Surg. 141, 469-476. 1955.
POPESCU, IANCU. Diagnostic des lésions précancéreuses et cancéreuses de la langue. Stomat.Bucharest 1962, 9, 33-38.
PUJOL. L'évidement du cou. Technique, indications. Thèse Montpellier 1958.
RAMIOUL. Un cas de rhabdomyosacrome primitif de la langue de haute malignité. Bull.Ass.franç.Et.Cancer. 1961, 48, 461-465.
REDON, DENOIX. La conservation du spinal dans les grands évidements ganglionnaires cervicaux. Presse Med. 1946, 54, 14-15.
REDON, KRITTER. Cancer de la portion mobile de la langue. Rev. Prat. 1959, 23, 2453-2455.
REDON, Mme.LABORDE, CHAUVIN, JOLY. Essai de traitement combiné des tumeurs cervicales inopérables. Med.Acad.Chir. 77, 1951.
REGAUD, LACASSAGNE, ROUX-BERGER. Radiophysiol. 1927, 1.
ROUX-BERGER. L'exérèse chirurgicale des tumeurs malignes de la région carotidienne. Presse Med. 1920, 28.
ROUX-BERGER. Le curage des ganglions du cou dans le cancer de la langue. Presse Med. 1927, 35.
ROUX-BERGER. Cancer de la langue (Statistique de la Fondation Curie) Bull.Mem.Soc.Nat.Chir. 1932, 58, 1543-1553.
ROUX-BERGER, BAUD, COURTIAL. Cancer de la partie mobile de la langue. Le curage ganglionnaire prophylactique est il justifié? Statistique de la Fondation Curie. Mem. Acad.Chir. 1949, 75, 120-126.
ROUX-BERGER, BAUD. Traitement des récidives linguales du cancer de la partie mobile de la langue. Mem.Acad.Chir. 1949, 17.
ROUX-BERGER, BAUD, TAILHEFER. Récidives tardives des épithéliomas de la partie mobile de la langue. Mem.Acad.Chir. 1947,73.
ROUX-BERGER, TAILHEFER. Cancer de la partie mobile de la langue. Traitement des adénopathies, 494 cas. Ass.franç.Et.Cancer. 1939, 28, 979-999.
ROYSTER, LEHR. Traitement de malades atteints de cancer à cell. squameuses de la langue. Ann.Surg. 1961, 154, 563-572.
RUSSEL. Cancer of the tongue, mouth and pharynx. Brit.Med.J. 1954, 1, 420-434.
SCHEER, SCHWAB. Irradiation de deux cancers étendus de la langue par injection intra-arterielle d'isotopes radioactifs. Ann.O.R.L. 76, 1959, 682-687.
SCHILL, ANDRA. Sarcome post-traumatique de la langue. Deutsche zahn.Zschr. 1961, 16, 597-605.
SCHARP, HEISPER. Cancer de la langue. Am.J.Surg. 1964, 108.
SHEDD, SCHMIDT & CHANG CHI. Revue du cancer de la langue dans un hôpital général durant 15 ans. Surg.Gyn.Obst. 1958, 106.
SCHERER, LOHR, JOSTES. Contribution au traitement des tumeurs de la langue. Strahlentherapie. 1956, 101, 47-64.
SMETS, DOR. L'evidement complet du cou. Acta Chir.Belg. 1961,60.
SMETS, SIMON. Le cancer de la partie mobile de la langue. Traitement et résultats. Lyon Chir. 1955,50, 220-230.
SMETS, SIMON. Le cancer de la partie mobile de la langue. Traitement combiné radiochirurgical, résultats. Acta.Chir.Belg. 1962, 61, 815-844.
SOUBIRAN. Signes,diagnostic et traitement du cancer de la langue. Gaz.Med.France. 1965, 72, 1217-1226.

SOUTHWICK, OTTEN, SLAUGHTER. Treatment of squamous cell carcinoma of the tongue. Surgery, 1958, 43, 313-318.
SOUTHWICK, SLAUGHTER, TREVINO. Elective neck dissection for intraoral cancer. Arch.Surg. 1960, 80, 905-908.
SPRECHER. Volu inouse papillomatose linguale dégénérée. J. franç. O.R.L. 1961, 10, 987-989.
SPITALIER, COLONNA D'ISTRIA & COLONNA D'ISTRIA. A propos des carcinomes épidermoïdes de la langue mobile chez la femme. Bull.Ass.Franç.Et.Cancer. 1964, 61, 224-234.
SHANTA, KRISCHNAMURTHI. Brit.J.Cancer. 1959, 13, 381.
SRIVASTAVA. Traitement du cancer de la langue. J. Internal. Coll.Surg. 1960, 34, 510-515.
STERBINS. Reconstruction orale complète en rapport avec la télécobalthérapie pour cancer de la langue. Am.J.Roentgenol. 1964, 92, 59-63.
STOPPA. Du traitement du cancer épithélial de la langue. Thèse Alger 1954.
TAILHEFER. Le traitement du cancer de lalangue. Rev.Stomat. 1937, 39, 70-78.
TAILHEFER. La légitimité du curage ganglionnaire cervical systématique dans le cancer de la portion mobile de la langue. Mem.Acad.Chir. 1958, 84, 609-611.
UHLMANN, WIENER. Radiation thérapy of carcinoma of the tongue. S.G.O. 1960, 111, 363-370.
WARD, HENDRICK. Tumors of the head and neck. Williams & Wilkins edit. Baltimore, 1950.
WAWRO, BABCOCK. Treatment of cancer of the tongue at Harford Hospital. New Eng.J.Med. 1958, 258, 317-322.
WILSON, CADE. Some directs measurements of the gamma-ray dose delivered to malignant lesions of the tongue by interstitial irradiation. Brit.J.Radiol. 559-610, 11, 1938.
WINDEYER. Ends results of treatment of cancer of the tongue. Amer.J.Roentgenol.Radiumth. 1950, 719-726.
WASSERBURGER. Cancer de la langue. Strahlenrherapie, 1958, 107, 161-182.

Vu, le Président de Thèse : Vu, le Doyen de la Faculté :

Pr. M. AUBRY Pr. G. BROUET

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

M. J. ROCHE